



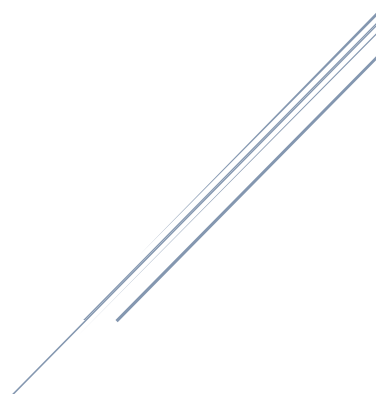
Intervenções e limites no contexto do consumo assistido - abordagem ética

Comunicação no 1º Congresso
Internacional da Associação
Portuguesa de Enfermeiros dos
Comportamentos Aditivos – IntNSA
Portugal, “Desafios, Limites e
Competências em Comportamentos
Aditivos e Dependências”

13 de abril 2021

Lucília Nunes

Professora Coordenadora, Escola Superior de
Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.
Investigadora NURSE'IN-UESI, Unidade de
Investigação em Enfermagem do Sul e Ilhas



INTRODUÇÃO

Intervenções e limites no contexto do consumo assistido - abordagem ética situa-nos num tema amplo e que requer enquadramento. Assim, organizámos três partes, articulando as etapas de raciocínio e propondo uma construção discursiva.

Porque a reflexão específica sobre a intervenção num contexto particular, requer clareza concetual e formal, começaremos por enquadrar e caracterizar o consumo vigiado em Portugal, bem como a sua relação com a minimização de riscos e redução de danos.

Porque a reflexão ética tem de ser circunstanciada e fundamentada, na segunda parte abordamos um pouco a perspetiva histórica, o estado da arte, os resultados emergentes da implementação das salas de consumo no mundo. E, na terceira parte, que poderá ser defensável que fosse a única, mas potencialmente empobrecida sem as anteriores, identificamos quatro tópicos que entendemos de valorizar na abordagem ética.

O nosso principal objetivo é identificar questões éticas, consideradas as intervenções e os limites no contexto do consumo assistido, tal como proposto no congresso da IntNSA Portugal .

1. ENQUADRAMENTO E CARACTERIZAÇÃO DO CONSUMO VIGIADO

Em 1999, no que foi considerado um “ponto de viragem” em Portugal, foi aprovada a *Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga*, pensada e redigida como “um documento essencialmente voltado para o futuro” (Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99 de 26 de maio).

À época, foram expressas cinco convicções e oito princípios, que suportaram a estratégia. As **convicções**, textualmente, foram:

- (1) o “reconhecimento da dimensão mundial do problema da droga” (p. 2972);
- (2) a “convicção humanista, que leva em conta a complexidade dos dramas humanos que tantas vezes se traduzem no consumo de drogas e na dependência, que considera o toxicodependente, no essencial, como um doente, exige a garantia de acesso a meios de tratamento a todos os toxicodependentes que se desejem tratar” (p. 2972);
- (3) “que ao humanismo há que juntar uma atitude pragmática” (p. 2973);
- (4) “neste domínio, como em tantos outros, mais vale prevenir do que remediar” e
- (5) necessidade “do reforço do combate ao tráfico ilícito de drogas e ao branqueamento de capitais constitui um imperativo para o Estado de direito que somos, a bem da segurança, da saúde pública e da própria estabilidade das instituições” (p. 2973).

Estas convicções relacionam-se com os oito princípios estruturantes.

“A droga atravessa continentes, cruza oceanos, vence fronteiras. Seria, pois, um erro grosseiro ignorar a dimensão planetária do problema da droga” (p. 2973), o que justifica o **princípio da cooperação internacional**.

Afirma-se “a primazia das intervenções preventivas destinadas a combater a procura de drogas” (p. 2980), o que sustenta o **princípio da prevenção**.

Evidencia-se o **princípio humanista**, no

reconhecimento da plena dignidade humana das pessoas envolvidas no fenómeno das drogas e tem como corolários a compreensão da complexidade e relevância da história individual, familiar e social dessas pessoas, bem como a consideração da toxicodependência como uma doença e a consequente responsabilização do Estado na realização do direito constitucional à saúde por parte dos cidadãos toxicodependentes e no combate à sua exclusão social, sem prejuízo da responsabilidade individual. (p.2980)

Ou seja, reconhece-se a dignidade das pessoas que consomem drogas e entende-se a toxicodependência como doença. O princípio humanista surge associado ao **pragmatismo**, aqui entendido como determinante de uma

atitude de abertura à inovação, mediante a consideração, sem dogmas ou pré-compreensões, dos resultados cientificamente comprovados das experiências ensaiadas nos diversos domínios do combate à droga e à toxicodependência e a consequente adoção de soluções adequadas à conjuntura nacional e que possam proporcionar resultados práticos positivos” (p. 2981).

Portanto, o enfoque é de análise das evidências, soluções adequadas e resultados positivos. Compreensivelmente, é identificado o **princípio da segurança**, no sentido da “garantia da proteção de pessoas e bens, nos domínios da saúde pública e da defesa de menores, bem como em matéria de prevenção e repressão do crime, tendo em vista a manutenção da paz e da ordem pública” (p. 2981).

Porque a intervenção na área da droga e da toxicodependência envolve diversos departamentos, serviços e organismos, é apontado o princípio **da coordenação e da racionalização de meios**, visando a “otimização dos recursos, evitando a sobreposição e o desperdício” (p.2982). Para a distribuição de atribuições e competências, declara-se o princípio da **subsidiariedade** “que permita que as decisões e as ações sejam confiadas ao nível da Administração mais próximo das populações, salvo quando os objetivos visados sejam melhor realizados a nível superior” (p. 2982). O oitavo princípio, da **participação**, “traduz-se na intervenção da comunidade na definição das políticas relativas à droga e à toxicodependência, bem como na sua mobilização para os diferentes domínios da luta contra a droga” (p.2982).

De cada princípio decorrem várias implicações que são explicitadas.

É na sequência das consequências dos princípios, que emerge o conceito de **redução de danos**, na operacionalização dos princípios do humanismo, do pragmatismo e da segurança –

a promoção de políticas de redução de danos que, ao mesmo tempo que minimizam os efeitos do consumo nos toxicodependentes e salvaguardam a sua inserção socioprofissional, possam defender a sociedade, favorecendo a diminuição do risco de propagação de doenças infectocontagiosas e a redução da criminalidade associada a certas formas de toxicodependência (p.2981).

Como referiu Barbosa (2009, p.36), algumas medidas típicas de redução de danos foram a distribuição e troca de seringas, a administração de metadona e ações de vigilância de saúde e social a pessoas/grupos específicos. Na formulação sobre o conceito de redução de danos, de 1999, fica claro que

Do que se trata é de, em certas situações limite, prescindir da abstinência como objetivo imediato e necessário, por forma a assegurar uma intervenção quando o consumo de drogas se apresenta como um dado de facto incontornável. E se essa intervenção é, numa primeira análise, inspirada por uma atitude eminentemente pragmática, não é menos verdade que responde, também, à preocupação ética de respeitar e promover os direitos dos toxicodependentes. (p. 3009).

Nesta Resolução, afirmou-se a opção estratégica de «**descriminalizar o consumo de drogas**, proibindo-o como ilícito de mera ordenação social» (ponto 10, p. 2981), quer quanto ao consumo quer à detenção (posse) e aquisição para esse consumo.

Foi assumido que a «opção pela descriminalização do consumo de drogas decorre, essencialmente, do princípio humanista», sendo que «a criminalização não se justifica por não ser meio absolutamente necessário ou sequer adequado para enfrentar o problema do consumo de drogas e dos seus efeitos, sem dúvida nefastos».

Os desideratos da saúde pública, da salvaguarda da segurança pública, da proteção da saúde dos consumidores menores podem ser suficientemente alcançados, com não menos eficácia, através da criminalização do tráfico, que sempre diminui a acessibilidade, aliada à proibição administrativa, por via do ilícito de mera ordenação social, do consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como da sua detenção e aquisição para consumo — tudo isto em complemento de reforçadas políticas públicas preventivas e de redução de danos (p.2991).

Em 1999, não obstante as opções de vanguarda, como a descriminalização, a criação da Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência e o reforço do encaminhamento para o tratamento, não se referiu consumo vigiado ou assistido.

Vale a pena salientar que, ao contrário do que algumas vozes propagavam, a descriminalização não se revelou indutora do aumento do consumo, nas últimas duas décadas. Na literatura sobre o «caso Portugal» (Greenwald, 2009, Laqueur, 2015 e Mendes, 2019), é reiterado que os receios previstos pelos defensores da criminalização não se vieram

a efetivar. Os indicadores atestaram a eficácia da medida. No relatório de 2019 (SICAD, 2020) Portugal registou 63 mortes por overdose, número que tem vindo a aumentar pelo terceiro ano consecutivo (em 1999, tinham sido 369 mortes por overdose). “Em 2019 foram diagnosticados 778 casos de infeção por VIH, dos quais 172 de SIDA, representando os associados à toxicodependência, 2% e 8% daqueles. Continua a registar-se um decréscimo de infeções por VIH e de SIDA diagnosticados anualmente, tendência que se mantém a um ritmo mais acentuado nos casos associados à toxicodependência” (SICAD, 2020, p.1).

Dois anos depois e exatamente há 20 anos, foi publicado o **regime geral das políticas de prevenção e redução de riscos e minimização de danos**, no Decreto-Lei n.º 183/2001 de 21 de junho. Este diploma teve como objetivo

a criação de programas e de estruturas sócio sanitárias destinadas à sensibilização e ao encaminhamento para tratamento de toxicodependentes bem como à prevenção e redução de atitudes ou comportamentos de risco acrescido e minimização de danos individuais e sociais provocados pela toxicodependência” (artigo 1º).

Como frisou Eduardo Costa (2001), a “redução de riscos refere-se mais às políticas que tendem a atenuar os perigos ligados ao consumo problemático de drogas, que se traduzem em problemas de saúde pública, enquanto a minimização de danos se reporta às medidas que visam diminuir os prejuízos que o consumo envolve, sobretudo na perspetiva individual do consumidor.” (p. 54) Este será um aspeto que discutiremos na ética da redução de danos.

Os programas e estruturas sócio sanitárias definidos em 2001, eram: a) Gabinetes de apoio a toxicodependentes sem enquadramento sócio-familiar; b) Centros de acolhimento; c) Centros de abrigo; d) Pontos de contacto e de informação; e) Espaços móveis de prevenção de doenças infecciosas; f) Programas de substituição em baixo limiar de exigência; g) Programas de troca de seringas; h) Equipas de rua; i) Programas para consumo vigiado (Decreto-Lei n.º 183/2001 de 21 de junho, artigo 3º).

A maioria destes programas já existia, nomeadamente, a troca de seringas, os gabinetes de apoio a toxicodependentes, os centros de acolhimento e os de abrigo, as equipas de rua e a administração de metadona (Barbosa, 2009). Dois dos programas foram inovadores: a prestação de informação concreta sobre a composição de drogas, em pontos de contacto e de informação, “equipados com instrumentos destinados a testar a composição e os efeitos de drogas” (artigo 31º, nºs 3 e 4) e os “**programas para consumo vigiado**”, a que foi dedicado o capítulo X deste diploma.

Desde logo, os programas para consumo vigiado, em Portugal, têm como objetivos “o incremento da assepsia no consumo intravenoso e consequente diminuição de riscos inerentes a esta forma de consumo, bem como a promoção da proximidade com os consumidores, de acordo

com o respetivo contexto sociocultural, com vista à sensibilização e encaminhamento para tratamento, através da criação de locais de consumo.” (Artigo 65º)

São programas de iniciativa das “câmaras municipais ou de entidades particulares cujas finalidades estatutárias incluam a luta contra a toxicodependência” (artigo 66º). Têm regras obrigatórias de funcionamento, previam duas possibilidades de instalações (fixas e móveis), e especifica que “o ato de consumo é da inteira responsabilidade do utente”¹, sendo recusado o acesso ou expulso quem tiver comportamentos inadequados ou violentos ou transacione substâncias.

Acesso previsto a utentes maiores de idade, depois de observados por técnicos de saúde, verificada a situação de “dependência profunda”.

Portanto, **condições de acesso estabelecidas e critérios de elegibilidade dos utilizadores.**

O responsável técnico do programa deve ser um profissional da área psicossocial e a equipa de apoio tem de integrar pelo menos um enfermeiro ou técnico capacitado para assistir em situações de emergência.

Desde o início, os programas são

autorizados apenas para zonas de grande concentração de consumidores por via endovenosa, não podendo ser instalados em espaços ou centros residenciais consolidados e a localização escolhida, quer no que diz respeito a instalações fixas, quer no que diz respeito a instalações móveis deve, tanto quanto possível, evitar a exposição a não utentes. (artigo 71º).

Para cada programa, o IPDT (hoje SICAD), fixará “um período experimental de um ano, findo o qual fará a respetiva avaliação, podendo o programa ser suspenso se se verificar a sua inadequação aos objetivos iniciais” (artigo 72º).

Curiosamente, o decreto-lei fixou os **indicadores** de avaliação, o que também não é propriamente comum, sendo assim mais evidente o propósito do próprio programa - foram definidos cinco indicadores:

a) Número de toxicodependentes atendidos; b) Número de toxicodependentes que aceitaram sujeitar-se a programas de tratamento, após sensibilização efetuada pelos técnicos do programa; c) Número de toxicodependentes que aceitaram rastreios de doenças infectocontagiosas; d) Número de toxicodependentes que aceitaram transitar para outros programas e ações de redução de riscos; e) Número de mortes por dose excessiva ocorridas e evitadas no âmbito do funcionamento do programa (artigo 72º).

¹ «Artigo 67º - a) O horário de funcionamento deve ser fixo e adaptado aos hábitos da população alvo; b) A distribuição de utensílios como seringas, agulhas, filtros, água destilada, ácido cítrico, toalhetes e outros, deve ser manual; c) Os espaços de consumo vigiado não devem ser utilizados por mais de 10 pessoas em simultâneo, no caso de instalações fixas e de 2 pessoas em simultâneo, no caso de instalações móveis; d) O ato de consumo é da inteira responsabilidade do utente.»

Na literatura, as características das salas de consumo incluem, genericamente, constituírem-se como locais protegidos para o consumo higiénico de drogas previamente adquiridas, num ambiente ausente de julgamentos morais e sob a supervisão de profissionais, com objetivos de saúde e de ordem e segurança pública (Schatz & Nougier, 2012; Öner, 2014).

Sistematizamos os objetivos frequentemente referidos, se bem que nem sempre por esta ordem²:

- (1) Incrementar a assepsia no consumo intravenoso e consequente diminuição de riscos inerentes (como aparece na nossa legislação), sendo comum encontrarmos este objetivo como proporcionar ambiente de menor risco e mais higiene ou proporcionar espaço em condições seguras e higiénicas para práticas de consumo mais seguras, visando diminuir a morbilidade e a mortalidade (OEDT, 2018);
- (2) promover a proximidade com os consumidores, de acordo com o respetivo contexto sociocultural, com vista à sensibilização e encaminhamento para tratamento (como consta na nossa legislação) e comumente aparece enquanto objetivo de estabelecer ligações entre os consumidores de alto risco e os serviços – quer de tratamento da toxicodependência, quer outros serviços de saúde e sociais, ou seja, promover o acesso a equipamentos sociais, de saúde e de tratamento da toxicodependência (OEDT, 2018), portanto, “estabelecer contato com populações de difícil alcance” (Hedrich, 2004);
- (3) reduzir o consumo de droga em espaços públicos e os respetivos problemas associados, como a presença de agulhas usadas (OEDT, 2018); portanto, em vez de consumo a céu aberto, a possibilidade de utilizar um espaço, o que também reduz haver materiais perigosos nas ruas da cidade (Wright & Tompkins, 2004); “reduzir o uso público de drogas e os incómodos associados” (Hedrich, 2004);
- (4) prevenir as mortes por overdose de droga e assegurar apoio profissional em situação, reduzindo a mortalidade e morbilidade na população-alvo; “reduzir a mortalidade e morbilidade associada ao uso de drogas, incluindo overdose, bem como a transmissão de HIV, hepatite e infeções bacterianas” ((Hedrich, 2004).

O contexto do consumo vigiado enquadra-se num programa previsto no decreto-lei nº 103/2001 e insere-se como resposta na política de redução de riscos e minimização de danos. Na sua própria formulação inicial, tem objetivos específicos, constitui resposta a

² Curiosamente, numa síntese (Cf. Long, 2004), a ordenação dos objetivos colocou em primeiro lugar “atrair utilizadores de drogas difíceis de alcançar”, seguindo-se “fornecer um ambiente de injeção mais seguro”, “diminuir a incidência de infeção associada a o uso de drogas”, “diminuir a incidência de mortes relacionadas a drogas”, “aumentar o acesso aos serviços sociais, de saúde e de tratamento de drogas” e “reduzir o uso de drogas em público e os incómodos associados”.

problemas de saúde e ordem pública ligados ao consumo na rua em cidades que já disponham de uma rede de serviços para toxicodependentes. Delimitadas regras de funcionamento, condições de acesso e elegibilidade dos utilizadores. Requer avaliação das necessidades existentes a esse nível e é determinada pelas decisões tomadas a nível municipal ou regional.

Portanto, não é, de todo, o que se poderia chamar «uma resposta de primeira linha».



2. ESTADO DA ARTE

No relatório de 2019 do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, refere-se que,

“tipicamente, as salas de consumo assistido proporcionam um ponto de acesso e referência para outros serviços clínicos e sociais, incluindo serviços de tratamento por consumo de droga” (OEDT, 2020, p. 84).

Por reduzir o consumo de droga em público, as salas contribuem para melhorar o ambiente social nas áreas onde isso acontece, por exemplo, em mercados de droga urbanos. As salas individuais podem supervisionar um grande número de consumos – com algumas das salas maiores a registar 80 000 consumos por ano – que, de outro modo, teriam decorrido na rua ou noutros ambientes de risco. A primeira geração de salas de consumo vigiado nas décadas de 1980 e 1990 concentrava-se sobretudo na supervisão do consumo de heroína injetada. No entanto, atualmente, as salas podem também supervisionar pessoas que fumam ou inalam drogas. (OEDT, 2020, p. 84)

As primeiras salas surgiram nos anos 80, no contexto da epidemia pelo VIH entre os utilizadores de drogas injetáveis, associada a três constatações: existência de consumo de drogas no espaço público em áreas metropolitanas, aumento do número de mortes relacionadas com as drogas e ineficácia da justiça criminal repressiva e das medidas e programas baseados em abstinência (Schatz & Nougier, 2012, p. 1).

No final da década de 1980 e início da década de 1990 implementaram-se as primeiras iniciativas de *Drug Consumption Rooms* (DCRs) na Suíça, Alemanha e Holanda.

Desde o início, foram consideradas como atendendo a dois objetivos principais: reduzir os riscos individuais de saúde associados ao uso de drogas e reduzir a perturbação pública.

Da literatura, relatórios nacionais e artigos publicados, parece-nos relevante considerar alguns exemplos, sobretudo dos DCRs «históricos», por terem sido da primeira geração, por terem produzido evidências e artigos com foco nas experiências vividas e porque tem o potencial de tornar mais compreensivo um fenómeno que pode parecer abstrato porque mais longínquo de nós.

O primeiro DCR do mundo foi inaugurado em 1986 pela **Contact Netz**³ em Berna, Suíça, e a sua criação constituiu uma mudança de paradigma, tendo começado a fornecer serviços médicos e sociais, incluindo troca de agulhas e seringas, refeições quentes e abrigo (Schatz & Nougier, 2012; International Network of Drug Consumption Rooms).

O **Quai 9**, em Genebra, Suíça, é administrado pela *Première Ligne*⁴, abriu em dezembro de 2001, com 6 lugares; disponibiliza 12 locais de injeção, 2 locais de sniff (inaugurados em 2007) e 4 locais de inalação (inaugurados em 2009). Os serviços incluem acolhimento, cuidados de saúde primários e apoio psicológico, fornecimento de material injetável, área de consumo e reanimação em caso de overdose (IAU, 2018, p. 22-23). Em 2018, foi muito noticiada a sobrecarga do Quai-Neuf que, em 10 anos, tinha passado de 28.000 usos/ano para 50.000, em 2017, e que fechou durante 10 dias.

No artigo de reflexão dos primeiros 18 meses de funcionamento, escreveram:

Assistir às injeções de produtos ilegais, eis uma posição que, para os intervenientes, está no cerne de um paradoxo. É, de facto, apoiar as pessoas num gesto que é perigoso para a sua saúde física, mental e muitas vezes social. Esse gesto pode ser sentido de forma muito severa por quem atende quando resulta em lesões que estamos tentando cuidar. Pode colocar o cuidador numa posição de incompreensão, da qual sai regressando ao significado da redução de risco e respeito à pessoa, quaisquer que sejam suas escolhas. Nenhuma ajuda é fornecida para as injeções. A presença do cuidador é a de fiador da segurança, testemunha e não cúmplice.⁵

³ Sobre Contact Netz: <https://www.yumpu.com/en/document/read/942434/contact-netz-an-overview>

⁴ *Première Ligne* é uma associação de Genebra que opera em 3 sistemas: Quai 9 (área de receção e consumo), *Nuit Blanche* (ação de prevenção e redução de riscos em ambiente de festa) e *Pólo* (apoio psicossocial e reintegração). Cf. <http://www.premiereligne.ch/quai9/>

⁵ Tradução livre de «Assister aux injections de produits illégaux, voici une position qui, pour les intervenants, est au cœur d'un paradoxe. Il s'agit, en effet, d'accompagner des personnes dans un geste a priori dangereux pour leur santé physique, psychique et souvent sociale. Ce geste peut être ressenti très durement par ceux qui y assistent lorsqu'il débouche sur des lésions que l'on s'efforce de soigner. Il peut mettre le soignant dans une position d'incompréhension, dont il sort en revenant au sens de la réduction des risques et au respect de la personne, quels que soient ses choix. Aucune aide n'est d'ailleurs apportée pour les injections. La présence du soignant est celle d'un garant de la sécurité, témoin et non-complice.» François, A ; Baudin, M.; Mani, C & Broers, B (2003). Quai 9, espace d'accueil et d'injections pour usagers de drogues à Genève : bilan et réflexions après 18 mois de fonctionnement *Rev Med Suisse* v. 1. 23219. <https://www.revmed.ch/RMS/2003/RMS-2451/23219>

Outras DCRs foram sendo instaladas noutras cidades da Suíça e, em 2011, foram publicados padrões nacionais para todos os DCRs – esses *standards* fornecem diretrizes sobre a prestação de serviços, incluindo prevenção e cuidados com HIV e hepatite, cuidados de saúde em geral (tratamento para dependência de drogas, aconselhamento voluntário e serviços para melhorar a higiene e tratamento de feridas e abscessos) e o bom funcionamento das DCRs, como os critérios e regras de admissão (Csák, 2021).

O **Drob Inn** de Hamburgo funciona desde 1987, disponibiliza assistência de sobrevivência incondicional, de baixo limiar e "fiel à realidade" - o princípio norteador de DrobInn é que: “Só quem sobrevive pode sair do vício”. Assim, os principais objetivos são: (i) que os consumidores sobrevivam ao vício, (ii) reduzir os riscos sociais e de saúde e (iii) criar motivação para se abster do uso problemático de drogas. Esses objetivos são alcançados oferecendo apoio em três áreas: (i) assistência à sobrevivência, (ii) estabilização social e (iii) o abandono da dependência de drogas ⁶.

O **InSite**, em Vancouver, Canadá, foi o primeiro *Center Injection Supervision* (CIS) e beneficiou do maior número de avaliações científicas antes e depois da sua criação (Wood et al, 2004). Em 1998, Vancouver foi o epicentro de uma onda de mortes por overdose e da maior taxa de infecções por HIV / AIDS no mundo ocidental. A Vancouver Health Authority solicitou uma exceção legal ao governo federal, para poderem implementar o projeto, gerido pelo Centre for Excellence in HIV/AIDS e Faculdade de Medicina da Universidade de British Columbia.

O InSite foi estabelecido em Downtown Eastside (com 5.000 consumidores de drogas injetáveis) em 2003 e está associado a redução dos distúrbios da ordem pública, diminuição da partilha de seringas, aumento do uso (e sucesso) de programas de desintoxicação e

⁶ Os serviços do Drob Inn, além da sala de consumo, incluem cuidados médicos básicos, aconselhamento para uso mais seguro de drogas, troca de agulhas, refeições e bebidas quentes a baixo custo, acesso a chuveiros, máquina de lavar e acesso gratuito a roupas doadas, etc. Todos os serviços podem ser usados anonimamente. A equipa médica e de enfermagem administra uma clínica no DCR e oferece serviços básicos gratuitos que incluem tratamento agudo de abscessos, infecções parasitárias e doenças de pele; tratamento de feridas; vacinas de proteção (hepatite A e B, poliomielite, tétano, difteria). Cidadãos alemães ou migrantes que tenham direito a receber benefícios do Estado, podem permanecer nas instalações até 2 meses. Cf. Fortson, Rudi & McCulloch, Liz (2018) Evidence and Issues Concerning Drug Consumption Rooms. Queen Mary School of Law Legal Studies Research Paper No. 279/2018. London. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3182568# . Site do Drob Inn em alemão <https://www.jugendhilfe.de/drobinn.de/gz-3.html>

redução das overdoses.⁷ Mais recentemente, estudos sobre o impacto do InSite continuam a ser publicados (Ivins et al, 2019).

Duas notas curiosas: o governo do Canadá tinha aprovado a medida de exceção em 2003, mas, em 2006, foi eleito um governo conservador, que eliminou a redução de danos como pilar da política antidrogas do Canadá, ameaçando suspender a referida isenção federal. Em 2008, com o apoio popular, procederam a angariação de fundos, sucederam-se decisões de tribunal e apelo ao Supremo Tribunal do Canadá (Dooling & Rachlis, 2010) que, em 2011, resultou na manutenção do InSite⁸.

Curiosamente, no acórdão *Attorney General of Canada and Minister of Health for Canada vs PHS Community Services Society* ⁹, entre os intervenientes estiveram associações e sindicatos de Enfermagem – Canadian Nurses Association, British Columbia Nurses' Union, Registered Nurses' Association of Ontario, Association of Registered Nurses of British Columbia e British Columbia Nurses' Union and REAL Women of Canada.

Em bom rigor, a própria história do InSite está ligada a uma enfermeira de psiquiatria, Liz Evans ¹⁰.

Num artigo sobre o julgamento, Dan Small identificou 4 factos jurídicos:

que vão ao cerne de uma compreensão cultural particular da adição:

1. A adição é uma questão de saúde.
2. Drogas não causam HIV, HCV e overdoses mortais: agulhas sujas e injeções não supervisionadas, sim.
3. A injeção supervisionada é eficaz na prevenção da morbilidade e mortalidade. A redução de danos abre a porta para uma variedade de cuidados de saúde (por exemplo, desintoxicação, tratamento).
4. A abstinência, embora louvável, não é obrigatória para intervenções de saúde eficazes, com resultados mensuráveis (por exemplo, salvar vidas ao intervir em overdoses fatais ou prevenir o HIV). A ideia de tolerar ou permitir o vício com injeção supervisionada fica em segundo plano para manter as pessoas vivas. O estabelecimento

⁷ Entre a inauguração em 2003 e fevereiro de 2018, há registo de 3,6 milhões de injeções de drogas sob a supervisão de enfermeiros. No ano de 2019 registadas 170,731 visitas por 5,111 pessoas (27% mulheres), uma média de 312 usos por dia. Cf. Site do InSite - <http://www.vch.ca/public-health/harm-reduction/supervised-consumption-sites/insite-user-statistics>

⁸ Cf. Vancouver Insite drug-injection facility can stay open. BBC News. 30 de setembro de 2011. <https://www.bbc.com/news/world-us-canada-15130282>

⁹ Cf. Supreme Court of Canada. Canada (Attorney General) vs PHS Community Services Society <https://decisions.scc-csc.ca/scc-csc/scc-csc/en/item/7960/index.do>

¹⁰ Liz Evans, em 1991, começou a apoiar pessoas marginalizadas no *Rainbow*, um hotel que ficava num prédio na esquina das ruas East Hastings e Carrall. Pouco depois, com Mark Townsend rebatizaram como Portland Hotel. Em 1993, o Portland Hotel incorporou-se como provedor independente de habitação social como *Portland Hotel Society*, ou PHS. A PHS foi criada “To promote, develop, and maintain supportive affordable housing for adult individuals who are poorly served elsewhere in the community due to their physical health, mental health, behaviour, substance dependencies, forensic history or for those who are homeless” diz a carta original da organização, escrita por Evans, Townsend e Kerstin Stuerzbecher, outra enfermeira que se juntou ao projeto em 1993. A Portland Hotel Society foi renomeada PHS Community Services Society em 2003.

desses quatro factos-chave, na minha opinião, lançou as bases para uma vitória legal e cultural no que diz respeito à noção de injeção supervisionada.¹¹

A **Abrigado**¹², no Luxemburgo, abriu portas em 2005, a curta distância da estação central, um centro de toxicodependência com a única sala de consumo de drogas do país. Desenvolveu-se de forma original, uma estrutura combinada de centro de dia e asilo noturno (com 42 leitos em 7 dormitórios). O centro de dia é organizado em torno de um Kontakt Café, um serviço de saúde de baixo custo (a maior parte dos tratamentos é gestão de feridas), instalações sanitárias e máquinas de lavar. Uma média de 250.000 seringas são trocadas anualmente dentro da Abrigado, com uma taxa de devolução de seringas usadas de 93%. A sala de consumo evoluiu desde a sua inauguração, recebendo, em média, 200 pessoas por dia.¹³ (IAU, 2018, p. 25-27).

Outro caso distinto foi o que aconteceu em **Barcelona**, na Catalunha, em Espanha. Por ocasião dos Jogos Olímpicos de Barcelona, em 1992, os toxicodependentes mudaram-se do centro da cidade para Can Tunis, terreno baldio localizado entre a zona portuária e o cemitério de Montjuic. Em 2004, para apoiar a renovação urbana de Can Tunis, o município propôs a abertura de três salas de consumo de drogas. A partir de 2009, incidiu no estabelecimento de centros integrados de tratamento da toxicodependência - Barcelona dispõe de 15 CAS , *centres d'atenció i seguiment*¹⁴, com espaços de consumo supervisionado. Existe alguma literatura sobre investigações realizadas (Folcha et al, 2018).

Muitas salas têm histórias associadas, como a de **Liège**¹⁵, em que num quadro jurídico e político federal adverso, em 2018, a cidade procedeu à abertura de um DCR, 1 mês antes das eleições locais (o mayor foi reeleito).

¹¹ Small também chamou a atenção para o processo de sequestro ou de ocultação dos fenómenos sociais que alarmam ou incomodam, bem como para os “apagamentos e silêncios culturais”, coisas que não são ditas e podem ser mais influentes do que o que é dito, considerando a adição um desses fenómenos; “pessoas com vícios foram silenciadas e apagadas da vida social positiva”. Small D. (2012). Canada's highest court unchains injection drug users: implications for harm reduction as standard of healthcare. *Harm reduction journal*, 9, 34. (p. 4) <https://doi.org/10.1186/1477-7517-9-34>.

¹² From the Streets into Shelter. In https://h-europe.uni.lu/?page_id=5949

¹³ A sala de consumo evoluiu desde a sua inauguração, passando de cinco postos de consumo, acessíveis cinco dias por semana e três horas por dia em 2005, para oito postos de injeção e seis locais de inalação de heroína e cocaína, disponíveis sete horas por dia, todos os dias da semana. Verificaram que na média dos 5.000 consumos mensais recebidos no Abrigado, ocorrem 1,6 overdoses não fatais (dados de fevereiro de 2018). A idade média ronda os 33 anos, mas os maiores de 45 anos representam uma proporção significativa (20%). Entre 15 e 20% são mulheres. (IAU, 2018, p. 25-27).

¹⁴ Agència de Salut Publica. Cf. <https://www.aspb.cat/arees/drogodependencies/centres-datencio-seguiment-barcelona/>

¹⁵ Smith, P., Favril, L., Delhauteur, D. et al. How to overcome political and legal barriers to the implementation of a drug consumption room: an application of the policy agenda framework to the Belgian situation. *Addict*

Porque estamos a pretender compreender a realidade global, nestas referências a casos concreto, o último que apontamos é o **Sydney Medically Supervised Injecting Centre** (MSIC), o primeiro DCR da Austrália. Administrado pela Uniting Care, uma organização cristã não governamental que administra vários serviços comunitários no estado de New South Wales, o MSIC abriu as portas em maio de 2001, por um período experimental de 18 meses. Para poder funcionar, o projeto teve de ter uma emenda à Lei de Uso Indevido e Tráfico de Drogas, que foi prorrogada três vezes. Em outubro de 2010, o Parlamento de New South Wales aprovou legislação para tornar o MSIC um serviço de saúde legítimo, sem necessidade de uma lei do Parlamento a cada quatro anos para continuar a funcionar. Também em 2010, o National Drug Strategy Household Survey mostrou que a maioria dos australianos apoiava os DCRs (Schatz & Nougier, 2012, p. 7-8). Victoria abriu um local de injeção supervisionado em Melbourne em 2018 com caráter experimental; em 2020, o projeto foi estendido por mais três anos.

Existem várias **análises publicadas**, como a de 62 instalações de salas de consumo em sete países europeus que evidenciou a prestação de diversos serviços de apoio (Woods, 2014) - fornecem material de injeção limpo e aconselhamento em matéria de educação para a saúde e de encaminham para tratamento e outros tipos de assistência; 60 a 70% das instalações permitem aceder a cuidados de saúde primários, prestados por enfermeiros ou médicos. Entre os serviços frequentemente fornecidos, incluem-se colocação à disposição de café/chá e pão, refeições quentes, duches e lavagem de roupa. O mesmo inquérito apurou a disponibilidade de sete espaços para consumo assistido de droga injetada (variando entre um e 13 espaços individuais) e quatro espaços para fumar/inalar. (Woods, 2014).

Em termos globais, existem três modelos de salas de consumo em funcionamento na Europa: instalações integradas, especializadas e móveis (OEDT, 2018)¹⁶. Portugal tornou-

Sci Clin Pract, 14, 40 (2019). <https://doi.org/10.1186/s13722-019-0169-x> Até a década de 1960, Liège, tinha prósperas indústrias de mineração e aço. A indústria declinou a partir do final da década de 1970 e a cidade passou por uma crise socioeconómica, com aumento da pobreza e do desemprego em alguns bairros. A crise foi acompanhada por aumento no consumo e tráfico de drogas ilícitas. A posição geográfica da cidade, perto de Maastricht, na Holanda, e de Aachen, na Alemanha, é estratégica em termos de mercado de drogas. Em 2013, entre 352 e 470 pessoas que injetavam drogas compareceram aos balcões de troca de seringas. Em 2016, na região da Valónia (3,5 milhões de habitantes) no sul da Bélgica, o número de utilizadores de heroína foi estimado em 12.000, incluindo 2.500 injetáveis.

¹⁶ As instalações integradas, como a designação explícita, fazem parte de uma rede de serviços mais ampla, estando incluídas em instalações de atendimento para sem-abrigos já existentes, com área separada, de acesso controlado a um grupo limitado de pessoas, como um de entre outros serviços prestados. As instalações especializadas estão direcionadas ao consumo assistido, localizadas em áreas de maior consumo e próximas de serviços de saúde, incluem o fornecimento de materiais de injeção esterilizados,

se o 4.º país europeu a dispor de uma unidade móvel para consumo vigiado, em Lisboa, em junho de 2019. (OEDT, 2018).

Na generalidade, os estudos apontam eficácia comprovada, no que respeita ao estabelecimento e à manutenção do contacto com populações-alvo, o que permite melhorar as condições de higiene e proporcionar um consumo mais seguro a populações de maior vulnerabilidade social, para além dos benefícios mais gerais em matéria de saúde e ordem públicas. As investigações têm demonstrado que da utilização de salas de consumo tem decorrido diminuição dos comportamentos de risco como a partilha de seringas, maior adesão aos tratamentos de desintoxicação e da toxicodependência, incluindo o tratamento de substituição de opiáceos (OEDT, 2018).

Foi associada a diminuição do consumo público de droga injetada e à redução do número de seringas abandonadas no espaço público, assim como a melhoria dos autocuidados de saúde, diminuição do número de mortes como resultado de overdoses. Verificou-se o não aumento do consumo e da criminalidade, direta ou indiretamente associada a toxicodependência nos locais onde as salas de consumo vigiado foram criadas, zonas de elevado consumo de substâncias. (OEDT, 2018).

“Na União Europeia e na Noruega, há salas de consumo assistido a operar em 51 cidades, num total de 72 salas em funcionamento” (OEDT, 2020, p. 84).

Em diferentes países, houve diferentes opções - por exemplo, há muito tempo faz parte do conceito holandês DCR gerir instalações pequenas em vários bairros e colocá-las em comum com outros serviços, em vez de uma grande instalação autónoma numa zona central como acontece com o *Medically Supervised Injecting Centre* em Sydney (Dolan et al., 2009).

Há alguma literatura de análise das políticas em países diferentes, como na França (Jauffret-Rouside et al., 2013), na Holanda (van der Poel et al., 2003), Reino Unido e Alemanha (Lloyd et al., 2017), Austrália e Reino Unido (Zampini, 2014), na Finlândia (Unlu et al., 2021).

O público-alvo tem vindo mudar com as tendências do consumo. Estes espaços foram pensados para consumidores de alto risco que consomem a céu aberto, principalmente

o aconselhamento sobre cuidados de saúde e práticas de consumo mais seguras, a intervenção em caso de emergências e disponibilização de um espaço onde podem ficar após o consumo (Schäffer, Stöver & Weichert, 2014). As unidades móveis foram desenvolvidas para abordar o consumo de drogas a céu aberto nas proximidades dos locais de venda de drogas, assim como para responder às necessidades de consumidores de grandes cidades.

heroína – se originalmente criados tendo em vista as drogas injetáveis, o aumento do consumo de droga fumada e inalada tem exigido uma adaptação à nova realidade.

Numa revisão de literatura sobre instalações supervisionadas de consumo de drogas Kennedy et al (2017) constata que, embora as instalações de consumo supervisionado permaneçam subutilizadas em muitos ambientes em todo o mundo, evidências científicas de alta qualidade sugerem que alcançam efetivamente os seus objetivos primários de saúde pública e ordem sem impactos adversos. No entanto, são necessários mais estudos para entender melhor os impactos potenciais a longo prazo dessas instalações e continuar a investigar inovações em modelos e programação de SCF, incluindo esforços para adaptar às necessidades de subpopulações vulneráveis, a fim de otimizar a eficácia e estender o alcance e a cobertura desta forma de intervenção de redução de danos (Kennedy et al, 2017).

Finalmente, quanto às pessoas e profissionais que estão nas salas de consumo - um inquérito online realizado pela International Network of Drug Consumption Rooms analisou (entre outros dados) as profissões representadas nas salas de consumo - a maioria das equipas incluía enfermeiros (80%) e/ou assistentes sociais (78%), um educador de saúde/*rescue worker* (35%), médicos em quase metade das equipas (46%), psiquiatra (17%), gestor de caso (11%) e o pessoal de segurança num terço das equipas das salas de consumo (Belackova et al., 2017).

Como terão reparado ao longo desta parte os **termos utilizados variam** entre Drug Consumption Rooms (DCR), Drug Consumption Facilities (DCF), Supervised Injection Sites (SIS), Supervised Consumption Services (SCS), Supervised Consumption Facilities (SCFs), Supervised Injection Facilities (SIFs), Salle de Consommation, Local D'injection de Drogues, salas de consumo assistido, salas de consumo vigiado, vulgarmente entre nós, «salas de chuto». As diferenças podem não ser meramente semânticas, dependendo das normas estabelecidas o que reporta a diferenças entre «supervisionado», «vigiado» e «assistido», bem como se o *vigiado* é por profissionais e/ou o *assistido* por pares ou profissionais.

Alguns documentos como “Salas de consumo assistido de droga: panorâmica geral da oferta e provas de eficácia” (OEDT, 2017) são elucidativos sobre os propósitos e as intervenções. Focando-nos agora nas **intervenções**, aparecem organizadas em 4 componentes principais (OEDT, 2020):

- **avaliação e admissão** – permite determinar a elegibilidade, fornecer informações, fornecer material, colher dados sobre as drogas em uso e determinar as necessidades individuais (desde logo, pela avaliação do estado de saúde da pessoa);
- **espaço de consumo assistido** - supervisionar o consumo, garantir o cumprimento das regras internas, aconselhamento personalizado sobre práticas de consumo mais seguras, prestação de cuidados de emergência, disponibilizar espaço para o consumo de droga não exposto ao público;
- **ligação a outras áreas e aconselhamento** - monitorizar os efeitos do consumo de droga, prestar cuidados de saúde primários, fornecer alimentos, vestuário e duches; intervir em situações de crise, disponibilizar programa de distribuição de agulhas e seringas/ dispositivos de eliminação segura das agulhas;
- **encaminhamento** - fornecer informações sobre as opções de tratamento, motivar os utentes a procurarem outros tratamentos, encaminhar para outros serviços, p.ex., desintoxicação, tratamento de substituição, alojamento, assistência social e cuidados de saúde.

Como vimos, tratando-se de populações de difícil acesso, a medida pretende estabelecer contacto, reduzir riscos imediatos relacionados com o consumo de droga, reduzir a morbilidade e a mortalidade, reduzir a perturbação da ordem pública. Até porque o consumidor está sempre inserido num meio, mesmo que excluído ou se autoexclua na comunidade e esta comunidade frequentemente reage a este tipo de iniciativas.

Por isso, é importante previamente analisar como é que aquela comunidade específica reagiria a uma sala de consumo vigiado. Pois que um comportamento social já identificado e estudado é o de NIMBY (*Not in my back yard*) que não se opõe à utilidade da instalação ou do serviço que se possa disponibilizar, mas se opõe à sua localização num local preciso (Sepúlveda et al. 2008, p. 30).



3. QUESTÕES ÉTICAS

Identificamos quatro tópicos, que consideramos poderem abranger as problemáticas relativas ao contexto de consumo vigiado. Anotemos, com Fry e colaboradores (2008), que as questões morais que surgem na prática da redução de danos e a responsabilidade pela resolução de problemas éticos nesta área são questões para todos nós. A ética não é apenas

para os eticistas ou filósofos, assim como a política não é apenas para os políticos ou a saúde apenas para os profissionais de saúde. (p. 4)

3.1. Aceitabilidade

Esta questão é fulcral e em diversos planos.

O plano da **aceitabilidade geral**, na sociedade, muito em ligação a quadro jurídico-formal e político. Este plano foi o primeiro, em Portugal, expresso pela legislação de 2001 que referimos na primeira parte. Podem enunciar-se aqui muitos argumentos, utilizados entre nós e em termos internacionais, dos prós e contras, desta medida específica da redução de danos e a forma como a moralidade coletiva se expressa.

O plano da **aceitabilidade prévia** à instalação do espaço. Do que percebemos, a implementação de um espaço DCR ou SIF teve sempre estudos sobre a aceitabilidade prévia. Encontrámos várias fontes nesta matéria, de que realçamos:

- (1) sobre as atitudes dos utilizadores de drogas endovenosas, nas salas de consumo em Londres ¹⁷, de 2018;
- (2) sobre a opinião de profissionais de saúde e consumidores de drogas antes da inauguração da primeira sala de consumo de drogas em Paris ¹⁸, de 2018;
- (3) o estudo de inquérito a potenciais clientes e processo participativo antes da abertura de uma sala móvel de consumo de drogas em Lisboa¹⁹, em 2019; neste artigo foram feitas algumas recomendações, como o envolvimento da sociedade civil, adotar um modelo verdadeiramente centrado nas pessoas, promover um modelo de governação tão horizontal

¹⁷ Butler, Georgia; Chapman, Dita; Terry, Philip (2018). Attitudes of intravenous drug users in London towards the provision of drug consumption rooms. *Education, Prevention & Policy*. 25 (1), pp. 31-37. <https://doi.org/10.1080/09687637.2016.1252316>. A larga maioria (89%) manifestou vontade de usar DCR e aceitou a necessidade de regras - não compartilhamento de drogas (84,3%), nenhuma assistência na injeção (81,8%), supervisão obrigatória (76,7%) e lavagem obrigatória das mãos (92,1 %) - mesmo numa amostra que a maioria não era sem-abrigo.

¹⁸ Cleirec, Grégoire et al (2018). Opinion of health professionals and drug users before the forthcoming opening of the first drug consumption room in Paris: a quantitative cross-sectional study *Harm Reduction Journal*, 15:53 <https://doi.org/10.1186/s12954-018-0260-8> Este estudo mostrou que pouco antes da abertura do primeiro DCR francês em Paris, os profissionais de saúde, de redução de danos e os utilizadores de drogas pensaram que o DCR teria um impacto positivo, aumentando o comportamento de redução de danos, um impacto positivo em sua saúde geral e impacto não negativo em termos de aumento do uso de drogas. A opinião de todos os profissionais de saúde era significativamente melhor se eles tivessem experiência na área da toxicodependência.

¹⁹ Taylor, Hannah; Curado, Adriana; Tavares, Joana; Oliveira, Miguel; Gautier, Diana; Maria, João Santa (2019). Prospective client survey and participatory process ahead of opening a mobile drug consumption room in Lisbon. *Harm Reduction Journal*, 16 (1). (Complementary Index) os resultados revelaram que existia um alto nível de disposição para utilizar a sala de consumo assistido (89%), principalmente por razões de higiene (100%), privacidade e segurança (89%). Este artigo é prévio à abertura da primeira sala móvel de consumo de drogas de Portugal, em Lisboa (em 2017) para determinar as necessidades existentes e adequar a intervenção. Este artigo evidencia que os utilizadores são uma população com mais de 40 anos, de grande vulnerabilidade (pobreza e exclusão social), mais frequentemente consomem crack, cocaína e heroína, sendo preocupante a partilha de material. 60% dos que vivem com HIV e 74% dos que têm hepatite C não recebem cuidados de saúde.

e participativo quanto possível, atualizar a restrição a drogas injetáveis e articular as vantagens de unidade fixa e móvel;

- (4) revisão sistemática sobre a coerção dos stakeholders sobre instalações de injeção supervisionada (Lange et al, 2019)
- (5) a aceitabilidade de espaços seguros de consumo de drogas entre pessoas que injetam drogas na zona rural da Virgínia Ocidental²⁰, de 2019, uma vez que a larga maioria das salas se encontra instalada em contexto urbano;
- (6) a disposição para usar salas de consumo de drogas entre pessoas que injetam drogas na Escócia, resultados de uma pesquisa bio-comportamental nacional (Trayner et al, 2021).

Alguns estudos enfatizam que a aceitabilidade da sala de consumo assistido depende em parte da avaliação prévia da opinião das pessoas envolvidas.

Muitos estudos prospectivos testaram, avaliaram e validaram a DCR - e mostraram vários benefícios para a saúde pública. Embora a opinião pública seja mista (ou ambivalente) e se tenham visto mudanças de atitudes ao longo do tempo, é relevante o ambiente social onde é implementado, especialmente a aceitação social pela vizinhança.

Portanto, pensando em termos éticos, lendo estes estudos, emerge a questão da moralidade coletiva, da aceitabilidade da comunidade como fator-chave para a decisão política e técnica. Mas não será apenas a aceitabilidade social, e consideraremos, em separado, o plano da aceitabilidade profissional.

3.2. Compreensão da ética de minimização de danos

Existem bastantes estudos de implementação e utilização das salas de consumo. Desde logo, do mais monitorizado InSite mas também estudos de cohorte e longitudinais. Elencamos alguns que consideramos especialmente relevantes para a nossa abordagem:

- (1) 'People Knew They Could Come Here to Get Help', um estudo etnográfico das práticas numa sala de consumo supervisionada por pares, no ambiente da British Columbia, Canadá (McNeil et al, 2014);
- (2) sobre as salas de consumo de drogas como um cenário para lidar com a hepatite C - resultados de uma pesquisa online internacional (Belackova et al, 2018);

²⁰ Allison O'Rourke, Rebecca Hamilton White, Ju Nyeong Park, Kayla Rodriguez, Michael E. Kilkenny, Susan G. Sherman & Sean T. Allen (2019). Acceptability of safe drug consumption spaces among people who inject drugs in rural West Virginia. Harm Reduction Journal volume 16, Article number: 51 (2019) <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0320-8> A maioria dos estudos reportam a zonas urbanas e entre os resultados, constata-se a elevada aceitabilidade, provavelmente associada a dificuldades significativas para implementar estratégias de resposta (por exemplo, tratamento assistido por medicamentos, programas de troca de seringas) e comportamentos e políticas estigmatizantes.

- (3) uma revisão sistemática das metodologias de avaliação das salas de consumo, com a particular relevância de identificar forças e limitações dos estudos prospetivos, de dados individuais, ecológicos, modelação económica e estatística dos SIFs (Belackova et al, 2019);
- (4) sobre o impacto das salas de consumo de drogas nas práticas de risco e no acesso a cuidados em pessoas que injetam drogas na França: o protocolo de estudo de coorte prospetivo COSINUS (Auriacombe et al, 2019);
- (5) um artigo, sobre o primeiro ano de implementação da sala de consumo assistido em Lisboa (Pinto de Oliveira et al, 2020).

Assim, perguntamos pelas evidências, pois a reflexão ética não só não dispensa como requer evidências de suporte à decisão. Mas, em bom rigor, não são assim tão evidentes publicações de reflexões éticas. Dito de outra forma, existe extensa literatura científica sobre a eficácia dos programas de redução de danos, tendo sido mais negligenciada a abordagem ética em torno desses programas.

Para este foco, recorreremos centralmente aos textos de John Kleinig e de Laura Verraier.

Aportamos aqui a análise da **ética da redução de dano** (Kleinig, 2008) definindo a minimização de danos dentro do ambiente das drogas numa estrutura mais ampla de práticas de minimização de danos e explora quatro desafios éticos para as estratégias de redução de danos.

Para dar conta da sequência argumentativa, que nos parece relevante, anotamos:

- (1) A redução de danos, na generalidade, refere-se a políticas públicas, envolvendo o uso ou gasto de recursos públicos e, como normalmente deveria ser o caso, está apropriadamente sujeito ao escrutínio público. Os recursos necessários podem variar de programas educacionais (como campanhas dirigidas) a conduta legalmente obrigatórias (como foi a promulgação e aplicação da lei relativa ao uso do cinto de segurança).
- (2) A redução de danos visa diminuir a quantidade de danos arriscados e, em última instância causados, por certas práticas que, na generalidade, são socialmente contestadas ou contestáveis. Ou seja, o comportamento prejudicial ou arriscado que gera políticas de redução de danos é potencialmente objeto de desfavor social significativo.

Mas há uma certa derrapagem aqui. O exemplo que Kleinig utiliza é o dos acidentes automóveis - alguns acidentes ocorrerão independentemente dos motoristas acelerarem ou dirigirem de maneira imprudente; no entanto, uma vez que um grande número de acidentes com veículos está associado à velocidade, negligência

ou imprudência, não é irracional pensar na introdução de legislação obrigatória sobre cinto de segurança e capacete de segurança como uma medida de redução de danos. Na verdade, quando introduzidos, atraíram uma das objeções mais comuns feitas aos programas de troca de agulhas e seringas, a saber, que incentivariam maior tomada de riscos: um motorista que usasse o cinto de segurança sentir-se-ia menos vulnerável e, portanto, correria maiores riscos na estrada.

- (3) Alguns autores argumentam (e é apresentado como parte do conceito bem como uma virtude da redução de danos) que se trata de uma abordagem ética neutra em termos de valor para comportamentos socialmente contestados. Erickson et al. afirmam que a redução de danos adota uma abordagem de valor neutro tanto para o uso de drogas quanto para os utilizadores de drogas.

Nesta matéria, juntamo-nos a Kleinig, e entendemos difícil manter valores morais à margem. Por isso, será importante **aprofundar o que se entende por neutralidade ética ou de valores na redução de danos.**

No artigo de Kleinig, a reivindicação de neutralidade pode significar várias coisas. Recomendando a leitura do texto, evocamos dois argumentos que nos parecem especialmente pertinentes.

Pode pensar-se que a redução de danos é uma estratégia puramente tecnocrática - ou seja, as políticas de redução de danos concentram-se exclusivamente em fornecer um meio eficaz de garantir um fim pretendido. “Assim como os martelos são eficazes para martelar pregos, a distribuição de agulhas e seringas e a obrigatoriedade do uso de cintos de segurança reduzem efetivamente a transmissão de VIH e a gravidade dos ferimentos em acidentes de veículos, respectivamente. Essas políticas não fazem julgamentos sobre os meios ou os fins, além dos relativos à eficácia dos meios para garantir os fins.” (Kleinig, 2008, p.5).

Em contra-argumento, no nível mais geral, sempre que agimos de uma forma que implique os interesses ou o bem-estar de outros, a nossa atividade terá significado moral ou ético, que suportam as nossas interações mais comuns. Reparemos que se existe um dano a ser minimizado, isso é uma coisa boa, e a própria eficácia constitui um elemento que estamos a valorizar. Portanto, as políticas de redução de danos não são realmente neutras em termos de valores. O que provavelmente se quis dizer com a ideia de «neutralidade» é que a redução de danos não envolve um juízo ético sobre o comportamento que causa ou arrisca danos. Por isso, e isso é claro nos nossos documentos nacionais, a redução de danos é uma estratégia pragmática que se pode complementar com argumentos éticos e morais.

O benefício das estratégias de redução de danos não está condicionado à abstinência dos comportamentos, ou seja, não se exige o abandono do comportamento de risco como condição para beneficiar das medidas de redução de danos. E isto, por si só, requer uma suspensão de juízo. Em Portugal, decidimos há vinte anos e reiterámos essa decisão, que é melhor ter (do que não ter) uma política de redução de danos.

Como afirma Kleinig,

uma coisa é argumentar que a redução de danos constitui uma estratégia social eticamente legítima. Outra é determinar quais estratégias de redução de danos são eticamente legítimas. Obviamente, as estratégias de redução de danos precisam de ser baseadas em evidências; isto é, precisamos de ter boas razões para acreditar que serão suficientemente efetivas para valer a pena implementá-las.²¹

O que nos faz regressar ao foco das salas de consumo de drogas, enquanto medida específica de redução de danos.

Laura Vearrier entende que «a redução de danos é fundamentalmente rica em valores e é guiada pela ética clínica e pela ética da saúde pública» (2019, p. 121) e analisou o valor da redução de danos para o uso de drogas injetáveis nestas duas perspetivas.

Porque, assim o considera, a ética clínica centra-se no cuidado de doentes e a ética da saúde pública foca-se na saúde das populações - a redução de danos centra-se nas pessoas que usam drogas, bem como na melhoria da saúde geral das comunidades e populações. Vearrier ancora-se no modelo principialista de Beauchamp e Childress, ou seja, nos princípios da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

Reconhecendo que, quando estamos no contexto de dependência,

o uso de drogas é compulsivo e a autonomia é limitada. Promover a autonomia é considerado um elemento crucial no tratamento - o primeiro passo para fomentar essa autonomia é não impor programas de tratamento de drogas ou abstinência. A redução de danos oferece tratamento a pessoas que não estão prontas ou não desejam parar de usar drogas. Do ponto de vista da ética clínica, é paternalista forçar a abstinência de drogas.” (Verraier, 2019, p.124)²²

Entende que os SIF (Supervised Injecting Facilities) são espaços regulados que servem de refúgio de cenas de ruas, violência e exposição, alertando para a especial vulnerabilidade

²¹ Tradução livre de “It is one thing to argue that harm reduction constitutes an ethically legitimate social strategy. It is another to determine which harm reduction strategies are ethically legitimate. Obviously, harm reduction strategies need to be evidence based; that is, we need to have good reason to believe that they will be effective enough to make them worth implementing.” Kleinig, 2008, p. 12.

²² Tradução livre de “In the context of addiction, drug use is compulsive and autonomy is limited. Fostering autonomy is considered a crucial element in treating addiction. The first step in fostering this autonomy is to not mandate drug treatment programs or abstinence. Harm reduction provides treatment to persons who are not ready or willing to stop using illicit drugs. From a clinical ethics perspective, while drug addiction is not ideal, it is paternalistic to force abstinence from illicit drugs. Similar to treatment for other medical conditions, persons may engage in harm reduction modalities that reflect their health goals.” P. 124

das mulheres; também funcionam como uma porta de entrada para o sistema de saúde – os profissionais fornecem cuidados básicos e identificam condições que precisam de cuidados adicionais (Verraier, 2019, 133).

Como sabemos, o uso de drogas está há muito associado a preocupações morais e não é de surpreender que as práticas de redução de danos tenham sido criticadas como “antiéticas” e, por extensão, inconsistentes com a prática ética dos profissionais de saúde, sendo destacado na sua difusão o papel dos *media* (Atkinson et al, 2019).

Todavia, este conjunto de medidas têm como objetivo limitar os efeitos do consumo, social e individual negativos. Trata-se de uma abordagem pragmática e

o pragmatismo não pergunta se o comportamento é certo ou errado, mas parte da premissa de que algumas pessoas sempre usaram substâncias e continuarão a fazê-lo e portanto, aceitar esse comportamento e outros potencialmente prejudiciais ocorrem — como um facto de vida. No entanto, ao invés de rotular as pessoas permite colocar a questão — o que podemos fazer para reduzir as consequências prejudiciais para os indivíduos? — O pragmatismo desta nova aproximação ao fenómeno do consumo de drogas pretende, portanto, ultrapassar os critérios morais e não científicos responsáveis pela definição arbitrária daquilo que pode ou não ser um comportamento aceitável. (Costa, 2001, p.54).

Posto isto, a professada neutralidade de valor pode ter a vantagem de ser vista como suspensiva na arena do debate sobre as drogas, mas não nos parece, de todo, a única adequada. Talvez a questão central seja a mais simples de todas: temos uma obrigação ética de reconhecer a dignidade humana de todas as pessoas, e todas, inclui as pessoas que consomem drogas. Por isso, a redução de danos assume uma perspectiva humanitária (Stoljar, 2020).

Uma abordagem de redução de danos aplica-se não apenas aos danos causados pelo uso de substâncias, mas também aos danos sociais que afetam a saúde e o bem-estar. Acreditamos que todas as pessoas, independentemente da sua situação ou escolha, são dignas e merecem o nosso cuidado. (Alberta Health Services, p.1) ²³

3.3. Integração no escopo da profissão

A Canadian Nurses Association atualizou, em 2017, um *paper* sobre “Harm reduction & illicit substance use. Implications for nursing”.

Explicitam o entendimento que a “redução de danos refere-se a políticas, programas e práticas que visam principalmente reduzir as consequências adversas para a saúde, sociais e econômicas do uso de drogas psicoativas legais e ilegais, sem necessariamente

²³ «A harm reduction approach applies not only to harm due to substance use, but also social harms that impact health and well-being. We believe that all people, regardless of their situation or choices, are worthy and deserving of our care.» In Alberta Health Services. Ethics & Harm Reduction Policy. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/hrs/if-hrs-ethics-and-harm-reduction.pdf>

reduzir o consumo de drogas. A redução de danos beneficia as pessoas que usam drogas, suas famílias e a comunidade” (CNA, 2017, p. 15).

Em consequência, consideram que os valores da redução de danos são consistentes com os valores do *Code of Ethics for Registered Nurses* – “especificamente, os valores de enfermagem relacionados com a prestação de cuidados seguros, éticos, compassivos e competentes; a promoção da saúde e do bem-estar; a promoção e o respeito pela tomada de decisão informada; a preservação da dignidade; e a promoção da justiça.” (CNA, 2017, p. 16).

Neste documento, que também se constitui como um recurso de estudos e evidências, apontaram as críticas mais habituais da redução de danos: (1) mantém os “viciados” presos, (2) não consegue tirar as pessoas de substâncias ilícitas, (3) incentiva o uso de substâncias, (4) envia a mensagem errada, (5) não incentiva a responsabilidade pessoal (CNA, 2017, p. 46).

As três primeiras críticas destacam a tensão entre as abordagens baseadas na abstinência, que procuram prevenir ou interromper o uso de substâncias, e a redução de danos, que procura reduzir os danos associados ao uso de substâncias. Referem evidências que os programas de tratamento de substâncias que exigiam abstinência para a entrada (ou seja, programas de tratamento de limiar alto e médio) alcançaram apenas 20% das pessoas que usam ativamente substâncias. A programação de redução de danos é projetada para atingir os outros 80% e as estratégias de redução de danos podem ser vistas como parte de um continuum de estratégias de prevenção e tratamento.

Quanto à crítica que a redução de danos não incentiva a responsabilidade pessoal pelo uso de substâncias, consideram que entender a incapacidade de interromper o uso de substâncias como um fracasso pessoal não tem em conta os fatores sociais ou estruturais (por exemplo, pobreza, violência e abuso) que moldam o uso de substâncias. (CNA, 2017, p. 46-48).

Os enfermeiros reconhecem que a responsabilidade pessoal é contextualizada por situações de vida. De acordo com o código de ética da CNA (2008), os RNs devem estar comprometidos com a eliminação das iniquidades sociais. O código reconhece a importância da advocacia para mudar as condições sociais que afetam a saúde, como pobreza, violência e insegurança alimentar, e para mudar as políticas que exacerbam desigualdades, como as políticas de drogas que criminalizam o uso de substâncias. (CNA, 2017, p.47) ²⁴

²⁴ Tradução livre de “Nurses recognize that personal responsibility is contextualized by life situations. According to the CNA code of ethics (2008), RNs should be committed to eliminating social inequities. The code recognizes the importance of advocacy to change the social conditions that affect health, such as poverty, violence and food insecurity, and to change policies that exacerbate inequities, such as drug policies that criminalize substance use.” (CAN, 2017, p. 47)

O que apreciámos no documento é exatamente o enquadramento, suportado em evidências, no escopo profissional e no Código de Ética.

Se a redução de danos é consistente com os padrões aceites para a prática de Enfermagem no Canadá, conforme estabelecido pelo College of Registered Nurses de British Columbia e a Canadian Nurses Association, como vemos este enquadramento em Portugal?

Importa refletir, debater e estruturar como se integra o escopo da prática profissional em Portugal, com que formulação e intervenções. Esta matéria, por tentadora que seja de analisar, em bom rigor cabe à associação profissional de direito público, a Ordem dos Enfermeiros. Por isso, o entendimento seguinte é apenas contributo para a reflexão.

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE, publicado em 1996) e o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE, publicado em 1998 e com segunda alteração publicada em 2015) são os documentos referenciais.

A estes dois documentos fundadores da autoregulação, adicionam-se as tomadas de posição, os pareceres, os Guias de Orientação de Boas Práticas, entre outros, emadas pela Ordem. Algumas especificidades podem ser reguladas assim, como aconteceu com a primeira tomada de posição sobre os enfermeiros circulantes. Existem situações em que a intervenção se ajustou às necessidades e às políticas, com a devida segurança formal – como foi o clássico caso do papel dos enfermeiros na triagem de Manchester.

Consideremos também os perfis de competências que existem, plasmados em regulamentos - de enfermeiros de cuidados gerais, comuns dos enfermeiros especialistas, específicas de cada área de especialidade, competências acrescidas diferenciadas e acrescidas avançadas. – bem como os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (tanto gerais como os das seis especialidades).

A auto-regulação portuguesa determinou, por exemplo, que o escopo de atividades e de delegação não seja constituído por listas, com limites e condições, como acontece, por exemplo, no escopo dos RNs do Canadá ²⁵.

Em Portugal, de acordo com o REPE, as intervenções de Enfermagem podem ser autónomas ou interdependentes, sendo relativamente fácil perceber que a diferença advem do prescritor da atividade

²⁵ British Columbia College of Nurses and Midwives (BCCNM). As a health regulator, our legal obligation is to protect the public through the regulation of five distinct professions — licensed practical nurses, midwives, nurse practitioners, registered nurses, and registered psychiatric nurses. Regulation helps protect the public by ensuring registrants provide care that is safe, competent, ethical, and meets the standards the college sets. <https://www.bccnm.ca/RN/ProfessionalStandards/Pages/Default.aspx>

são autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem (artigo 9º, nº 2)

são interdependentes as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas» (artigo 9º, nº 3).

O REPE determina que “os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (Artigo 8º, nº 1).

A **deontologia profissional** ocupa 19 artigos do Estatuto da Ordem, que podemos dividir em duas partes – os artigos relativos ao âmbito (disposições gerais, artigo 95), direitos dos enfermeiros (artigo 96), deveres gerais (artigo 97) e incompatibilidades (artigo 98) e o articulado do código deontológico (do artigo 99 ao 103).

Veja-se que no artigo 99, se enunciam os princípios e valores – por isso, pode ser considerado «artigo ético» da deontologia. Afirma-se que “As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” bem como os “princípios orientadores da atividade dos enfermeiros: a) A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; b) O respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados; c) A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais.”

Salientamos, para esta reflexão específica, a responsabilidade, decorrente do papel assumido perante a sociedade, que releva o mandato social bem como o respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários de cuidados. Como vimos, a redução de danos tanto é um conjunto de estratégias destinadas a reduzir as consequências negativas associadas ao uso de drogas como é um apelo à justiça social baseada no respeito pela dignidade e direitos das pessoas que usam drogas.

A nossa deontologia não coloca circunscrições ou contextos de prática - aponta deveres. Temos o dever de “cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa” (alínea a) artigo 102), de “abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da

consciência e da filosofia de vida” (alínea e) artigo 102) e de “respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos” (alínea f) artigo 102).

Anotemos ainda o enquadramento concetual da Ordem dos Enfermeiros - a Pessoa é entendida como

um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se»²⁶

e quanto aos Cuidados de Enfermagem, entende-se que

no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem²⁷.

Nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, o terceiro enunciado descritivo é relativo a prevenção de complicações: «Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes » (OE, 2001, p.15). Nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, poderá aplicar-se o enunciado relativo à redução do Estigma e a promoção da inclusão social.

Por último, importa-nos clarificar algumas preocupações éticas com o *staff* nas salas de consumo - os enfermeiros assumem o papel de agentes de informação em saúde, de garantia do cumprimento das normas e testemunhas do ato de consumo.

A colocação neste contexto tem necessariamente de ser voluntária, por adesão aos princípios da medida de redução de danos.

E importa que seja preparada, do ponto de vista da formação científica, técnica e humana, sendo nosso entendimento que é exigível que os enfermeiros tenham supervisão clínica.

A este respeito, anotamos que a *International Society of Substance Abuse Professionals*, definiu um «Code of Ethics - Ethical Principles for working in the substance use prevention and treatment field»²⁸ - em que incluiu a supervisão, seja ou não fornecida essa possibilidade pelo empregador.

²⁶ Ordem dos Enfermeiros (2001). Enquadramento concetual e enunciados descritivos. p. 4.

²⁷ Idem, p. 11.

²⁸ <https://www.issup.net/about-issup/membership/code-ethics>

3.4. Formulação de standards e guidelines

Num artigo que já referimos (Solai et al., 2006) sobre reflexões éticas emergentes durante a atividade de uma instalação de baixo limiar com sala de consumo de drogas supervisionada em Genebra, com background do Quai 9 ²⁹, foi analisada a questão do cumprimento das regras de acesso bem como os comportamentos proibidos nas instalações. Estas proibições geralmente incluem injeção assistida³⁰, tráfico de droga, partilha de drogas, comportamento agressivo e consumo de álcool. Também existem comportamentos obrigatórios – por exemplo, cumprir as diretrizes sobre higiene (por exemplo, lavagem das mãos) e práticas de injeção (por exemplo, proibição de injeção no pescoço e virilha ³¹).

Houve questões éticas que surgiram dentro da equipa tanto na supervisão do uso de drogas quanto na aplicação das regras. A opinião da maioria foi que definir muitos limites estaria em conflito com uma estrutura com acesso e requisitos de baixo limiar.

Discutiram as situações difíceis em reuniões de equipa e as divergências foram tratadas usando os objetivos expressos e a filosofia do Quai 9 como o ponto de referência para reflexão. Quando persistiram pontos de vista conflitantes, teve que ser adotada uma posição de consenso.

A redução de danos é uma filosofia que permite que os enfermeiros trabalhem com os utilizadores de drogas "onde eles estão". É um elemento essencial do *continuum* de prevenção, cuidado e tratamento e um componente integral da saúde mental e prestação de cuidados de saúde primários.

Num artigo onde se defende um consenso internacional sobre o papel dos enfermeiros nas salas de consumo assistido (Gagnon et al., 2019), reconhece-se que o

²⁹ O Quai 9 está aberto 7 horas por dia com seis locais para injeção. Os 12 membros da equipe incluem enfermeiras e assistentes sociais em igual número. Quatro colegas de trabalho estão sempre presentes. Na primeira visita, novos utilizadores preenchem um formulário anónimo, estruturado, de avaliação. Apenas adultos (com idade ≥18 anos). As regras proíbem o tráfico de drogas e violência nas instalações ou arredores imediatos. Os utilizadores devem lavar as mãos antes de injetar, preparar e usar apenas sua (s) própria (s) substância (s). É permitida apenas uma injeção por visita. A injeção no rosto ou nos genitais é proibida e uso de outros locais de alto risco (pescoço, axila, mão e virilha) é desencorajado. No local, cartazes lembram as regras. Quebrar as regras pode resultar em sanções como proibição de uso da sala de injeção por um ou vários dias.

³⁰ A injeção assistida por pares é permitida em Genebra e injeção assistida por profissionais pode ocorrer em Barcelona - Cf. Anoro, Ilundain, & Santisteban (2003). Barcelona's Safer Injection Facility-EVA: A Harm Reduction Program Lacking Official Support. *Journal of Drug Issues*, 33(3), pp. 689-711.
<https://doi.org/10.1177/002204260303300309>

³¹ Sobre o assunto, Cf. Miller, P. G., Lintzeris, N., & Forzisi, L. (2008). Is groin injecting an ethical boundary for harm reduction?. *The International journal on drug policy*, 19(6), 486–491.
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.10.001>

contexto de cuidados é imprevisível, complexo e dinâmico e são apresentados cinco tópicos de consenso – a filosofia do cuidado, o enquadramento ético deontológico da profissão, o papel do enfermeiro, as competências requeridas para o exercício, e as necessidades dos enfermeiros.

Num parecer do InstNSA, considera-se que

as potenciais intervenções num contexto como as salas de consumo assistido são complexas e variadas, tais como: triagem (consulta de enfermagem), suporte avançado de vida (SAV), administração de terapêutica, tratamento de feridas simples e complexas, intervenção na crise, educação para a saúde, aconselhamento, promoção da saúde (vacinação, cessação tabágica, educação sexual, contracepção, nutrição), gestão do tratamento de co morbilidades, referenciação e realização de rastreios de saúde (Gagnon et al., 2019). Estes autores referem da necessidade de ser assegurado um contexto de prática segura com protocolos de actuação, material para realizar testes de segurança das substâncias, equipamento médico e equipamento para tratamento de feridas. Abordam da necessidade de existir uma organização de suporte, com uma equipa multidisciplinar, e um local seguro de trabalho (protocolos de segurança, botão de pânico) e de qualidade (ventilação adequada, com luminosidade adequada para prática segura) e com uma quantidade de pessoal adequada (proporcionar férias, processos de formação, rotação de pessoal adequada). (InstNSA Portugal, 2020, p. 3)

Diríamos que este quarto tópico é mesmo muito necessário, de forma a circunstanciar e situar o contexto específico de sala de consumo vigiado. Orientações como se tem verificado noutros países, em que são definidos, além das regras de funcionamento, standards de atuação, guidelines e, até, toolkits.

Ou seja, delimitam-se as intervenções, assentando nas evidências e clarificando o escopo de ação e ptocessos de decisão. Neste sentido, atualmente, podemos atentar ao

Harm reduction & illicit substance use. Implications for nursing (Canadian Nurses Association, 2020),

Implementing Supervised Injection Services, Best Practice Guidelines (Registered Nurses' Association of Ontario, 2018)

Supervised Consumption Services. Operational Guidance (British Columbia Centre on Substance Use, 2017), que inclui protocolos (para a gestão da crise, para a recusa de serviço, para os novos utilizadores, face a overdose, bem como o formulário de informação e consentimento).

Pensamos que o documento do IntNSA “Reflexão sobre funcionamento das Salas de Consumo assistido / seguro, com pessoas consumidoras de drogas: Intervenção de enfermagem - funções e responsabilidades” é um bom ponto de partida. E estudar o que tem sido feito noutros países, acompanhar os resultados, também não é dispiciendo.

CONCLUSÕES

O contexto do consumo vigiado enquadra-se num programa previsto no decreto-lei nº 103/2001 e insere-se como resposta na política de redução de riscos e minimização de danos. Na sua própria formulação inicial, tem objetivos específicos, constitui resposta a problemas de saúde e ordem pública ligados ao consumo na rua em cidades que já disponham de uma rede de serviços para toxicodependentes.

Requer avaliação das necessidades existentes a esse nível e é determinada pelas decisões tomadas a nível municipal ou regional.

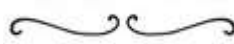
Tem condições de acesso estabelecidas, critérios de elegibilidade dos utilizadores, e normas de funcionamento regulamentadas. Portanto, não é, de todo, o que se poderia chamar «uma resposta de primeira linha».

Existe abundante avaliação científica e, em tempos mais recentes, de análises éticas.

E se discutimos a neutralidade de valor, tal como é apresentada, não restam dúvidas sobre o entendimento ético da dignidade humana e de, num *continuum*, dedicar atenção e cuidado a grupos mais vulneráveis e habitualmente mais à margem.

Ainda assim, e tal como ocorre com a implementação da medida, é mandatório que exista análise concreta nacional, da aceitabilidade e adequação ao quadro formal e deontológico, bem como aos papéis, perfis de competências e suporte aos enfermeiros que exerçam atividade no contexto de salas de consumo vigiado.

Até porque só com processo progressivo e monitorizado, se pode realmente avaliar e, se necessário, corrigir e melhorar nas etapas seguintes. Vale a pena ir devagar e com segurança.



Bibliografia

Alberta Health Services. Ethics & Harm Reduction Policy.

<https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/hrs/if-hrs-ethics-and-harm-reduction.pdf>

Anoro, I. & Santisteban (2003). Barcelona's Safer Injection Facility-EVA: a Harm Reduction Program lacking official support. *Journal of Drug Issues*, 33(3), 689-711.

<https://doi.org/10.1177/002204260303300309>

Atkinson, A. M., McAuley, A., Trayner, K., & Sumnall, H. R. (2019). 'We are still obsessed by this idea of abstinence': A critical analysis of UK news media representations of proposals to introduce drug consumption rooms in Glasgow, UK. *The International journal on drug policy*, 68, 62-74.

<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.03.010>

- Auriacombe M, Roux P, Briand Madrid L and the Cosinus study group., et al (2019). Impact of drug consumption rooms on risk practices and access to care in people who inject drugs in France: the COSINUS prospective cohort study protocol. *BMJ Open*, 9:e023683. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023683>
- Barbosa, J. (2009). A emergência da redução de danos em Portugal: da «clandestinidade» à legitimação política. *Revista Toxicodependências* 15 (1), 33-42. http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/457/Toxico_N1_2009_3.pdf
- Belackova, V., et al. (2017). Online census of Drug Consumption Rooms (DCRs) as a setting to address HCV: current practice and future capacity. Amsterdam: International Network of Drug Consumption Rooms. http://www.drugconsumptionroom-international.org/images/survey_2017/INDCR_report.pdf
- Belackova, V., Salmon, A. M., Schatz, E., & Jauncey, M. (2018). Drug consumption rooms (DCRs) as a setting to address hepatitis C - findings from an international online survey. *Hepatology, medicine and policy*, 3, 9. <https://doi.org/10.1186/s41124-018-0035-6>
- Belackova, V., Salmon, A. M., Day, C. A., Ritter, A., Shanahan, M., Hedrich, D., Kerr, T., & Jauncey, M. (2019). Drug consumption rooms: A systematic review of evaluation methodologies. *Drug and alcohol review*, 38(4), 406-422. <https://doi.org/10.1111/dar.12919>
- Butler, G.; Chapman, D. & Terry, P. (2018). Attitudes of intravenous drug users in London towards the provision of drug consumption rooms. *Education, Prevention & Policy*, 25 (1), 31-37. <https://doi.org/10.1080/09687637.2016.1252316>.
- Canadian Nurses Association. (2017). *Harm reduction & illicit substance use*. Implications for nursing. <https://www.cna-aici.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/harm-reduction-and-illicit-substance-use-implications-for-nursing.pdf>
- Carter, A., Miller, P. G., & Hall, W. (2012). The ethics of harm reduction. In R. Pates, & D. Riley (Eds.), *Harm Reduction in Substance Use and High-Risk Behaviour: International Policy and Practice* (pp. 111-123). Wiley-Blackwell.
- Cleirec, G., Fortias, M., Bloch, V. et al. Opinion of health professionals and drug users before the forthcoming opening of the first drug consumption room in Paris: a quantitative cross-sectional study. *Harm Reduct J* 15, 53 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12954-018-0260-8>
- Costa, E. (2001). Redução de danos: Preconceitos, obstáculos, justificação. *Toxicodependências*, 7 (3), 53-58. http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/235/2001_03_TXT7.pdf
- Csák, R. (2021). The State of Harm Reduction in Western Europe 2020. Harm Reduction International. https://www.hri.global/files/2021/03/29/HRI_Western_Europe_Final2.pdf
- Decreto-Lei n.º 183/2001 de 21 de junho. Aprova o regime geral das políticas de prevenção e redução de riscos e minimização de danos. *Diário da República n.º 142/2001, Série I-A*. Portugal. <https://dre.pt/application/file/a/362393>
- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. *Diário da República n.º 205/1996, Série I-A*. Portugal. <https://dre.pt/application/file/a/241564>
- Dolan K., Kimber J., Fry C., McDonald D., Fitzgerald J. & Trautmann F. (2009). Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injecting centres in Australia. *Drug and Alcohol Review*; 19(3):337-46. <https://doi.org/10.1080/713659379>
- Dooling, K., & Rachlis, M. (2010). Vancouver's supervised injection facility challenges Canada's drug laws. *CMAJ : Canadian Medical Association journal*, 182 (13), 1440-1444. <https://doi.org/10.1503/cmaj.100032>
- Espanha. Barcelona. Agència de Salut Pública. <https://www.aspb.cat/arees/drogodependencies/centres-datencio-seguiment-barcelona/>

- Folch, C.; Lorente, N. ; Majó, X. ; Parés-Badell, O.; Roca X. ; Brugal, T. ; Roux, P. C., Colom, J.; Casabona, J. & REDAN study group (2018) Drug consumption rooms in Catalonia: A comprehensive evaluation of social, health and harm reduction benefits. *International Journal of Drug Policy* 62, p.24-29.
- Fortson, Rudi & McCulloch, Liz (2018) Evidence and Issues Concerning Drug Consumption Rooms. Queen Mary School of Law Legal Studies Research Paper No. 279/2018. Queen Mary University of London. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3182568#
- François, A ; Baudin, M.; C. Mani ; B. Broers (2003) Quai 9, espace d'accueil et d'injections pour usagers de drogues à Genève : bilan et réflexions après 18 mois de fonctionnement *Rev Med Suisse* v. 1. 23219. <https://www.revmed.ch/RMS/2003/RMS-2451/23219>
- Fry, C. L., Khoshnood, K., Power, R., & Sharma, M. (2008). Harm reduction ethics: Acknowledging the values and beliefs behind our actions. *International journal on drug policy*, 19(1), 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.12.001> p.4
- Gagnn, M. et all. (2019). International Consensus Statement on the Role of Nurses in Supervised Consumption Sites. *Journal of Mental Health and Addiction Nursing*, 3, 1. <https://doi.org/10.22374/jmhan.v3i1.35>
- Greenwald, G. (2009). Drug decriminalization in Portugal: Lessons for creating fair and successful drug policies. CATO Institute. https://www.cato.org/sites/cato.org/files/pubs/pdf/greenwald_whitepaper.pdf
- Hedrich, Dagmar (2004). European report on drug consumption rooms. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/european-report-drug-consumption-rooms>
- IAU [Institute D'Aménagement et D'Urbanisme] île-de-France (2018). Salles de consommation à moindre risque Mise en œuvre et impacts. P. 22-23. https://www.iau-idf.fr/fileadmin/NewEtudes/Etude_1647/Rapport_SCMR.pdf
- IntNSA (2020). Reflexão sobre funcionamento das Salas de Consumo assistido / seguro, com pessoas consumidoras de drogas: Intervenção de enfermagem - funções e responsabilidades. International Society of Substance Use Professionals. Code of Ethics. <https://www.issup.net/about-issup/membership/code-ethics>
- Ivsins, A., Vancouver Area Network of Drug Users, Benoit, C., Kobayashi, K. & Boyd, S. (2019). From risky places to safe spaces: Re-assembling spaces and places in Vancouver's Downtown Eastside, *Health & Place*, 59,102164, <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2019.102164>
- Jauffret-Roustide, M., Pedrono, G., & Beltzer, N. (2013). Supervised consumption rooms: the French Paradox. *The International journal on drug policy*, 24(6), 628-630. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.05.008>
- Joseph Rowntree Foundation (2006). The Report of the Independent Working Group on Drug Consumption Rooms. <https://www.jrf.org.uk/report/drug-consumption-rooms-summary-report-independent-working-group>
- Keane, H. (2003). Critiques of harm reduction, morality and the promise of human rights. *International Journal of Drug Policy*, 14 (3), p. 227-232. [https://doi.org/10.1016/S0955-3959\(02\)00151-2](https://doi.org/10.1016/S0955-3959(02)00151-2)
- Kennedy, M.C., Karamouzian, M. & Kerr, T. Public Health and Public Order Outcomes Associated with Supervised Drug Consumption Facilities: a Systematic Review. *Curr HIV/AIDS Rep* 14, 161-183 (2017). <https://doi.org/10.1007/s11904-017-0363-y>
- Kleinig, J. (2008) The Ethics of Harm Reduction. *Substance Use and Misuse*, 43, 1, p.1-16pEm. <https://doi.org/10.1080/10826080701690680>
- Lange, B., & Bach-Mortensen, A. M. (2019). A systematic review of stakeholder perceptions of supervised injection facilities. *Drug and alcohol dependence*, 197, 299-314. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.02.006>

- Laqueur, H. (2015). Uses and Abuses of Drug Decriminalization in Portugal. *Law & Social Inquiry*, 40(3), 746-781. <http://www.jstor.org/stable/24545832>
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República n.º 181/2015, I Série*. Portugal. <https://dre.pt/application/file/a/70309872>
- Lloyd, C.; Stöver, H.; Zurhold, H. & Hunt, N. (2017) Similar problems, divergent responses: drug consumption room policies in the UK and Germany. *J Subst Use*, 22(1): 66-70. <https://doi.org/10.3109/14659891.2016.1143049>
- Long, Jean (2004) Drug consumption rooms. *Drugnet Ireland*, 11, pp. 13-15. https://www.drugsandalcohol.ie/11111/1/Drugnet_11.pdf
- McNeil, R., Small, W., Lampkin, H., Shannon, K., & Kerr, T. (2014). "People knew they could come here to get help": an ethnographic study of assisted injection practices at a peer-run 'unsanctioned' supervised drug consumption room in a Canadian setting. *AIDS and behavior*, 18(3), 473-485. <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0540-y>
- Mendes, Rafael de Oliveira, Pacheco, Paula Gibin, Nunes, João Pedro Campos Ouro Vian, Crespo, Pedro Salles, & Cruz, Marcelo Santos. (2019). Literature review on the implications of decriminalization for the care of drug users in Portugal and Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 9, p. 3395-3406. Epub September 09, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.27472017>
- Miller, P. G., Lintzeris, N., & Forzisi, L. (2008). Is groin injecting an ethical boundary for harm reduction? *International journal on drug policy*, 19(6), 486-491. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.10.001>
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência [OEDT]. (2018). Perspetivas sobre as Drogas. Salas de consumo assistido de droga: Panorâmica geral da oferta e provas de eficácia. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2734/Drug%20consumption%20rooms_POD2017_PT.pdf
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência [OEDT]. (2020). Relatório Europeu sobre Drogas Tendências e evoluções. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001PTN_PDF.pdf
- Öner, M. (2014). An overview of drug consumption rooms. *Human Rights Review*, 8, 87-135. <https://static1.squarespace.com/static/596f8b1ca803bb496e345ac8/t/598e29273e00be660c2cb0b9/1502488873086/f486c-0ef20-6b72a-d295e.pdf>
- O'Rourke, A.; White, R.H.; Park, J.N.; Rodriguez, K.; Kilkenny, M.E.; Sherman, S.G. & Allen, S.T. (2019). Acceptability of safe drug consumption spaces among people who inject drugs in rural West Virginia. *Harm Reduction Journal*, 16, 51 <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0320-8>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Enquadramento concetual e enunciados descritivos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 356/2015 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 122. Portugal. <https://dre.pt/application/file/a/67590813>
- Pinto de Oliveira, D Gautier, P Nunes, V Correia, A Leite, H Taylor, A Pinto de Oliveira, A Curado, First year of implementation of a drug consumption room in Lisbon: the client's profile, *European Journal of Public Health*, Volume 30, Issue Supplement_5, September 2020, ckaa166.403, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa166.403>
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99 de 26 de maio. Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga. *Diário da República n.º 122/1999, Série I-B* <https://dre.pt/application/file/a/317021>

- Schatz, E. & Nougier, M. (2012). IDPC Briefing Paper - Drug consumption rooms. Evidence and practice. https://www.drugsandalcohol.ie/17898/1/IDPC-Briefing-Paper_Drug-consumption-rooms.pdf
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD]. (2020). Relatório Anual 2019 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/169/RA%20DROGAS%20PRINCIPAL_19.pdf
- Smith, P., Favril, L., Delhauteur, D. *et al.* How to overcome political and legal barriers to the implementation of a drug consumption room: an application of the policy agenda framework to the Belgian situation. *Addict Sci Clin Pract* **14**, 40 (2019). <https://doi.org/10.1186/s13722-019-0169-x>
- Solai S; Dubois-Arber F; Benninghoff F; Benaroyo L;(2006). Ethical reflections emerging during the activity of a low threshold facility with supervised drug consumption room in Geneva, Switzerland. *International Journal of Drug Policy*, 17(1): 17-22. [10.1016/j.drugpo.2005.12.008](https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2005.12.008)
- Stoljar, N. (2020) Disgust or Dignity? The Moral Basis of Harm Reduction. *Health Care Analysis* 28, 4, p. 343-351 <https://doi.org/10.1007/s10728-020-00412-y>
- Taylor, H., Curado, A., Tavares, J. *et al.* (2019). Prospective client survey and participatory process ahead of opening a mobile drug consumption room in Lisbon. *Harm Reduct J* 16, 49. <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0319-1>
- Trayner, K., et all .(2021). High willingness to use drug consumption rooms among people who inject drugs in Scotland: findings from a national bio-behavioural survey among people who inject drugs. *International Journal of Drug Policy*, <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102731>
- Unlu, A., Demiroz, F., Tammi, T., & Hakkarainen, P. (2021). The Complexity of Drug Consumption Room Policy and Progress in Finland. *Contemporary Drug Problems*. <https://doi.org/10.1177/00914509211002542>
- van der Poel, A., Barendregt, C., & van de Mheen, D. (2003). Drug consumption rooms in rotterdam: an explorative description. *European addiction research*, 9(2), 94-100. <https://doi.org/10.1159/000068807>
- Vearrier, L. (2019). The value of harm reduction for injection drug use: A clinical and public health ethics analysis. *Disease-a-Month* 65, p. 119-141. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2018.12.002>
- West Midlands. (2020). Out of Harms Way DCR report. <https://www.westmidlands-pcc.gov.uk/wp-content/uploads/2020/03/Out-of-Harms-Way-DCR-report.pdf?x30523>
- Wood, E., Kerr, T., Small, W., Li, K., Marsh, D. C., Montaner, J. S., & Tyndall, M. W. (2004). Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 171(7), 731-734. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1040774>
- Woods, S. (2014). Drug Consumption Rooms in Europe: Organisational overview. Amsterdam: European Harm Reduction Network. http://files.server.idpc.net/library/dcr_in_europe-ENGLISH.pdf
- Wright, N. M., & Tompkins, C. N. (2004). Supervised injecting centres. *BMJ (Clinical research ed.)*, 328(7431), 100-102. <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7431.100>
- Zampini G. F. (2014). Governance versus government: drug consumption rooms in Australia and the UK. *The International journal on drug policy*, 25(5), 978-984. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.03.006>